

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ МЕНИНГОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИИ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Зенькова С.К.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Несмотря на то, что заболеваемость менингококковой инфекцией находится на невысоком уровне, летальность от генерализованных форм остается высокой и колеблется в зависимости от региона в пределах 2-50% всех случаев менингококковой инфекции [3, 4]. Генерализованные формы менингококковой инфекции в странах СНГ занимают четвертое место как причина смерти среди инфекционных заболеваний у детей [2].

Анализ развития и течения менингококковой инфекции у детей показал зависимость между ранней диагностикой заболевания, распознаванием жизнеугрожающих состояний, адекватной стартовой терапией на догоспитальном и госпитальном этапах и исходом заболевания [1]. Следует отметить, что спад заболеваемости приводит к снижению настороженности врачей в отношении менингококковой инфекции, что служит причиной поздней диагностики заболевания, развития декомпенсированного шока и неэффективности реанимационных мероприятий.

Целью нашей работы явился анализ клинических особенностей менингококковой инфекции в современных условиях.

Материалы и методы. Нами произведен анализ течения генерализованной формы менингококковой инфекции у 54 больных в возрасте от 6 месяцев до 80 лет, находившихся на лечении в Витебской областной клинической инфекционной больнице в 2004-2006 гг.

Результаты и обсуждение. Как показал проведенный анализ, для генерализованной формы менингококковой инфекции характерно отсутствие сезонности, она регистрировалась на протяжении всего года с небольшим повышением в весенние месяцы.

Генерализованные формы менингококковой инфекции чаще регистрировались у детей годовалого возраста и младше (50%), несколько реже заболевание встречалось у детей в возрасте до 10 лет (20,37%) и в возрастной категории 10-20 лет (14,81%).

Было выявлено, что в первые сутки заболевания в стационар были направлены только 42,59% больных менингококковой инфекцией, 37,04% пациентов были госпитализированы на 2-ые сутки заболевания, пятая часть больных (20,37%) - на третьи сутки и позже.

Причем, при направлении в стационар диагноз менингококковая инфекция, менингит был выставлен только в 37,93% случаев, в остальных случаях поводом для госпитализации являлась острая респираторная инфекция, инфекционный гастроэнтерит. При этом в приемном покое больницы только 57,58% больным врачом был поставлен диагноз менингококковая инфекция, 12,12% - диагноз менингит, остальные больные были приняты в стационар с диагнозом ОРВИ (27,27%), острый инфекционный гастроэнтерит (3,03%).

При поступлении в стационар сыпь отмечалась только у 58,82% больных, у 41,18% больных она появлялась на первый-второй день после госпитализации, причем типичная геморрагическая сыпь, локализующаяся на нижних конечностях наблюдалась лишь у 17,65% больных. Чаше наблюдалось распространение сыпи на туловище (41,18%), несколько реже – на всю поверхность тела (33,33%). В 3,92% случаев сыпь распространилась на верхние конечности без вовлечения туловища и в 3,12% наблюдалось атипичное расположение сыпи – только на туловище.

В целом, сыпь встречалась у 94,44% больных генерализованной формой менингококковой инфекцией, при этом в 96,08% случаев она носила геморрагический характер. Типичная геморрагическая сыпь, характерная для менингококковой инфекции, отмечалась лишь в 50,98% случаев. Часто сыпь носила полиморфный характер (25,49%). Так же достаточно часто (9,8%) наблюдалось наличие геморрагической сыпи округлой формы, а так же петехий, при этом не во всех случаях диагноз был подтвержден бактериологически и часто является спорным. В 9,8% случаев отмечалось наличие розеолезной, пятнисто-папулезной сыпи с геморрагическим компонентом в центре.

В ряде случаев имеет место гипердиагностика заболевания, диагноз менингококковой инфекции выставлялся лишь на основании наличия предшествующего менингеальным симптомам назофарингита. Как показал проведенный анализ, развитию заболевания предшествовали катаральные явления лишь у 14,81% больных менингококковой инфекцией.

Значительную сложность для диагностики представляют менингиты менингококковой этиологии. Как показал анализ, при менингите менингококковой этиологии менингеальные симптомы при поступлении наблюдались лишь у 54,05% больных, у 32,43% больных они появлялись на 1-2 сутки заболевания. У одного больного менингеальные симптомы вообще отсутствовали при наличии изменений в СМЖ.

При проведении люмбальной пункции у больных бактериальными менингитами менингококковой этиологии лишь в половине случаев была получена мутная жидкость, вытекающая под давлением (52,94%) Следует отметить, что цитоз, превышающий 1000 клеток в 1 мкл, регистрировался лишь у 50% больных менингитами менингококковой этиологии. В то же время низкий цитоз, менее 100 клеток в 1 мкл, отмечался у 35% больных менингитами менингококковой этиологии. При этом нейтрофильный цитоз был зарегистрирован только у 69,44% больных. Уровень белка более 1 г/л был зарегистрирован лишь у 43,59% больных менингитами менингококковой этиологии. У значительной части больных (28,2%) белок соответствовал нормальным показателям. Снижение уровня глюкозы в СМЖ было зарегистрировано только у 44,44% больных.

Выводы.

Для больных генерализованными формами менингококковой инфекцией характерна относительно поздняя обращаемость за медицинской помощью и госпитализация в стационар.

Относительно часто наблюдаются ошибки в диагнозах при направлении и госпитализации больных в стационар (в 62,07% и 42,42% случаев соответственно).

Клиническая картина менингококковой инфекции, гнойного менингита менингококковой этиологии часто не соответствует классической картине, что заключается в: отсутствии у 44,44% больных сыпи при поступлении в стационар; наличии невысокого цитоза, не превышающего 1000 клеток в 1 мкл у 50% больных; невысоком содержании белка в СМЖ у 69,23% больных (ниже 0,66 г/л); отсутствие нейтрофильного цитоза у 25% больных.

Отсутствие достоверных клинических симптомов, позволяющих дифференцировать менингококковую инфекцию, гнойный менингит менингококковой этиологии, низкие показатели лабораторного подтверждения диагноза требует внедрения в клиническую практику дополнительных методов диагностики.

Литература:

1. Современные подходы к этиологической терапии гнойных менингитов / И.А. Карпов [и др.] // Здоровоохранение. – 1999. – № 3. – С. 53-56.
2. Патлусова, В.В. Организация системы эпидемиологического надзора за менингококковой инфекцией в Свердловской области и задачи по ее совершенствованию / В.В. Патлусова, В.В. Романенко, А.И. Юровских // Эпидемиология и инфекционные болезни – 2005 – № 3 – С. 31-33
3. Mortality in severe meningococcal disease/ K Thorburna [et al.] // Arch Dis Child – 2001 – Vol 85. – P.382-385
4. Clinical Features, Laboratory Findings and Management of Meningococcal Meningitis in England and Wales / L. Raguathan [et al.] // Journal of Infection. –2000. Vol. 40 – P. 74–79